

Die im Text verwendete Form gilt für Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts

Anmeldung Diagnostik Konventionelles Röntgen (CR)

Patient*in

Name: _____	Tel. Privat: _____
Vorname: _____	Tel. Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Tel. Geschäft: _____
Strasse: _____	Arbeitgeber: _____
PLZ / Ort: _____	PLZ / Ort: _____

Anmeldung

Untersuchungsdatum: _____ Zeit: _____ Uhr Amb. stat. _____ Tag(e)

War die/der Patient*in schon früher bei uns? ja nein

Schwangerschaft? ja nein unbekannt

Unfall Krankheit

Anamnese: _____

Fragestellung Trauma / Fraktur Arthrose Post-Prothetik Fremdkörper
 andere

Nasenbein

Thorax pa / lateral ap liegend

Abdomen stehend liegend Linksseitenlage

Wirbelsäule 2 Eb Funktionsaufnahme HWS Dens BWS LWS Sacrum

Beckenübersicht / King Mark ap tief zentriert stehend liegend

Extremitäten rechts links mit Gips ohne Gips

Clavicula (2 Eb) Naviculare/Stecher Knie-Rosenberg (stehend)

Schulter (2 Eb) Hand (3 Eb) Ganzbein

Oberarm (2 Eb) Finger (2 Eb) → Dig. _____ Unterschenkel (2 Eb)

AC Gelenk Hüftgelenk (2 Eb) / King Mark OSG (2 Eb) u. Belastung

Ellbogen (2 Eb) Oberschenkel (2 Eb) Fuss (3 Eb) u. Belastung

Unterarm (2 Eb) Kniegelenk (2 Eb) Vorfuss (2 Eb)

Handgelenk (2 Eb) Patella

Andere _____

Befundung durch: internen Radiologen Zuweiser

Bilddokumentation gewünscht ja nein

Bitte senden an Fax-Nr. 00423 235 45 43 oder Mail an radiologetermin@landesspital.li

Datum: _____ Arzt/Ärztin (Stempel/Unterschrift): _____